

L'AJUSTEMENT MACRO-ÉCONOMIQUE ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ : DEUX EXEMPLES AFRICAINS (LE MALI ET LA CÔTE-D'IVOIRE)

J. BRUNET-JAILLY

La question que nous voulons examiner ici est la suivante : l'évolution de l'état de santé, et celle du système de santé, au Mali et en Côte-d'Ivoire, ont-elles à voir avec l'évolution macro-économique à moyen terme et avec l'ajustement structurel ? Le choix des deux pays ne tient qu'aux circonstances. Le cas du Mali est bien mieux documenté, celui de la Côte-d'Ivoire mériterait d'être examiné de beaucoup plus près que nous ne le ferons ici.

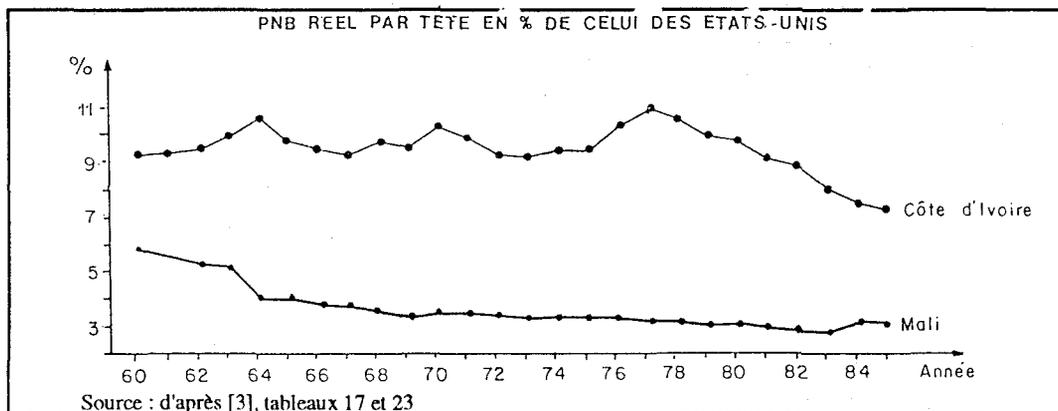
L'analyse détaillée de chaque cas sera menée selon le plan suivant : dans un premier paragraphe, l'évolution économique générale sur deux décennies sera décrite à grands traits ; dans un second, on rassemblera les éléments caractéristiques de l'évolution de l'état de santé, du système de santé et du financement de la santé ; dans un troisième, on s'interrogera sur le contenu de l'ajustement structurel et sur ses effets dans le secteur de la santé. Les conclusions seront établies à chaque étape, mais on en tirera à la fin du texte quelques conséquences générales.

1. LE CAS DU MALI

1.1. Evolution économique générale

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde : d'après les comptes nationaux tenus par les organisations internationales, son PNB par habitant, estimé à 180 \$ en 1986, est le centième de celui de la Suisse ou des Etats-Unis, le dixième de celui du Brésil ou du Mexique ([1], p. 256-257); d'après les travaux fondés sur la notion de parité des pouvoirs d'achat -- dont on sait qu'ils réduisent, en corrigeant l'erreur provenant de l'emploi des taux de change, les écarts de niveau de vie entre pays par rapport aux mesures courantes (cf. [2]) -- le produit domestique brut (PDB) par habitant du Mali atteint 3 % de celui des Etats-Unis en 1985 ([3], tableau 23).

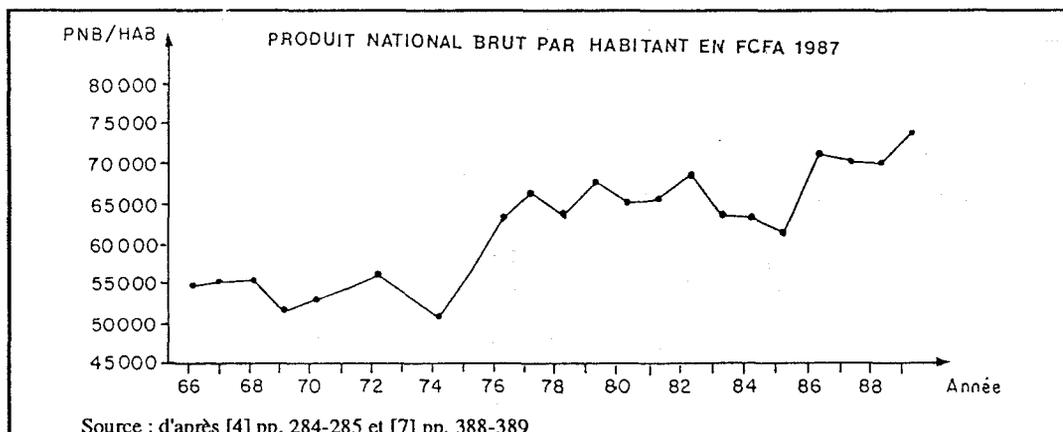
C'est un pays qui s'appauvrit au fil des ans, relativement à l'évolution que connaissent les pays riches et moins riches. Le graphique ci-dessous illustre cette évolution.



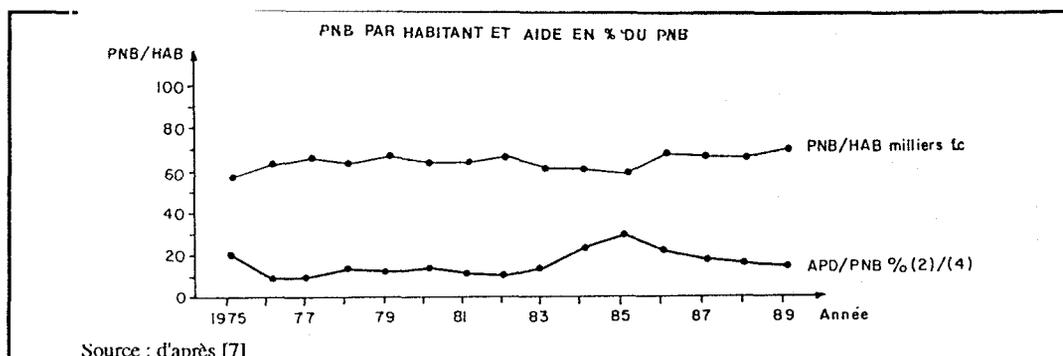
Cela ne signifie pas qu'aucune croissance ne se soit produite dans ce pays. Au contraire, pour autant que nous puissions en juger à travers les séries qui tiennent lieu de comptes nationaux (et qui n'en sont que d'assez grossières approximations, étant donné l'état de l'information statistique dans le pays même), le produit national brut par habitant (en FCFA 1987) a augmenté de près de 50 % entre les années 1966-1968 et les années 1986-1988, passant d'environ 55000 à 75000 FCFA en ordre de grandeur, comme on le voit sur le graphique ci-dessous. Ce graphique montre bien la stagnation de la

fin des années 1960 et du début des années 1970, jusqu'à la crise provoquée par la première grande sécheresse en 1973-74 ; puis une reprise extrêmement rapide dans les années 1975-1977, bientôt suivie d'une croissance très modeste jusqu'à la nouvelle crise des années 1983 à 1985 ; pour les années récentes, 1986 a été très bonne, les deux suivantes n'ont pas été meilleures, mais 1989 et 1990 ont marqué l'une et l'autre un nouveau progrès.

Cette lecture du graphique met en avant l'évolution de la production agricole : en effet, il ne faut pas oublier que l'agriculture, qui représentait exactement les deux tiers du produit domestique brut au coût des facteurs à la fin des années 1960, en atteint encore 64 % en 1982 (cf. [4], p. 285), dernière bonne année avant la nouvelle crise agricole et première année des plans d'ajustement structurel. Rappelons au passage que le Mali n'a pas beaucoup d'autres ressources (cf. [5]), et qu'il n'utilise que la moitié de ses terres irrigables (cf. [6]).



Le Mali est aussi un pays qui bénéficie depuis son indépendance d'une aide extérieure très importante. Comme on le voit sur le graphique ci-après, l'aide publique au développement n'a jamais représenté moins de 10 % du produit national brut au cours de la période considérée, elle en a atteint 32 % en 1984 ([8] p. 238), 34,9 % en 1985 ([9] p. 274), ce qui est le record mondial absolu pour chacune de ces deux années, et 22,7 % en 1986 ([1] p. 298). D'une certaine façon, l'aide a atténué les effets des deux grandes crises agricoles, à partir du moment où la terrible sécheresse de 1974 a attiré l'attention de la communauté internationale sur les immenses difficultés de ce pays.



Mais ces montants d'aide ont créé plus de problèmes qu'ils n'en résolvait. Comme le reconnaissent depuis quelques années les documents rédigés à l'occasion du réajustement structurel, la gabegie dans la gestion des ressources publiques, qui n'était évidemment ignorée d'aucun responsable national ni d'aucun expert international, a été masquée, à partir de la sécheresse de 1972-73, par l'accroissement rapide des flux d'aide extérieure. En outre, la bonne entente des généreux donateurs et des autorités nationales en ce qui concerne l'utilisation de l'aide a eu pour conséquence, par exemple, que la part des dépenses de développement allouée aux secteurs directement productifs est tombée de

gabegie dans la gestion des ressources publiques, qui n'était évidemment ignorée d'aucun responsable national ni d'aucun expert international, a été masquée, à partir de la sécheresse de 1972-73, par l'accroissement rapide des flux d'aide extérieure. En outre, la bonne entente des généreux donateurs et des autorités nationales en ce qui concerne l'utilisation de l'aide a eu pour conséquence, par exemple, que la part des dépenses de développement allouée aux secteurs directement productifs est tombée de 46 % en 1981 à 29 % en 1985 (pour l'agriculture seule, de 33 % à 23 % ; mais les opérations de développement rural étaient particulièrement mal gérées, cf. [5] p. 33) ; au cours de cette période, les trois quarts de l'accroissement des dépenses de développement financées de l'étranger ont été consacrés à trois grands projets d'infrastructure (le barrage de Sélingué, la route Sévaré-Gao et le barrage de Manantali) dont on savait d'avance qu'ils auraient tous trois un taux de rentabilité très bas (cf. [10] par. 32).

Au total, la répartition sectorielle de l'encours de la dette fin 1987 (cf. [11] pp. 6-7) montre que l'agriculture n'est concernée que pour moins de 10 %, l'éducation et la santé (ensemble) pour 5,5 %, l'industrie pour 17 %, les transports et télécommunications pour 17 % également, les autres (inavouables ?) pour 13 % ; tout le reste, soit 37 %, a servi à équilibrer la balance des paiements et à restructurer, c'est-à-dire en gros à payer la note d'une mauvaise gestion endémique mais bien tolérée.

L'essentiel, pour le nouvel Etat, n'a donc pas été le développement de son agriculture, mais la création d'une bureaucratie publique, qui, bénéficiant de la confusion héritée de l'Est entre le parti et le gouvernement, s'est employée de plus en plus ouvertement à gérer à son profit l'aide extérieure à laquelle elle a, à la différence des paysans, un accès direct.

Le nombre des employés de l'Etat (fonctionnaires et conventionnaires) a été multiplié par trois entre l'indépendance et l'année de la première grande crise agricole. Entre les deux crises agricoles, le nombre des fonctionnaires au sens strict a doublé, et le nombre total des employés de l'Etat a augmenté de plus de moitié. Et depuis lors, si la croissance du nombre de fonctionnaires est arrêtée, celle des conventionnaires a repris.

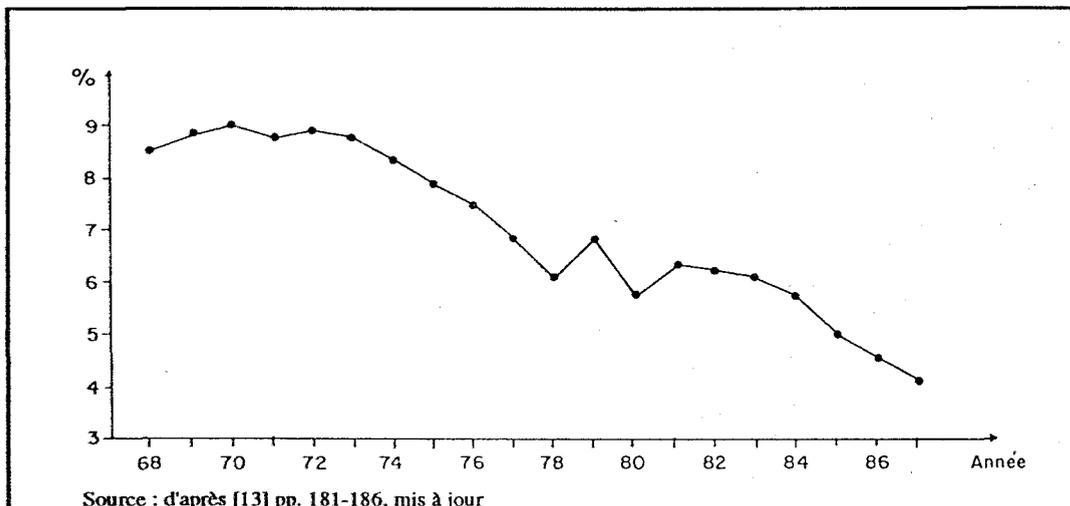
Comment sont nourris ces agents de l'Etat ? Il est connu que le coût du travail est exceptionnellement élevé en Afrique francophone, peut-être d'abord parce que les salaires des fonctionnaires sont trop élevés par rapport au produit par habitant. Au tout début des années 1980, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale dans les pays d'Asie à faible revenu (tels que Bangladesh, Pakistan, Laos, Sri Lanka, etc., tous pays dont le produit par habitant est compris entre 130 et 480 US\$ en 1988) était environ 2 fois le revenu par habitant ; à la même période, le salaire moyen des fonctionnaires d'administration centrale était, en Afrique au Sud du Sahara, 5,5 fois le revenu par habitant (cf. [12] p. 32). Au Mali, en 1988, chaque fonctionnaire reçoit en moyenne dix fois le produit par habitant.

1.2 Evolution du système de santé et de l'état de santé

Dans le contexte qu'on vient de décrire, on ne pouvait pas attendre des résultats exceptionnels dans un domaine particulier tel que celui de la santé. Considérons d'abord les moyens mis en oeuvre, puis l'activité, enfin l'impact sur l'état de santé.

1.2.1 Financement de la santé

L'effort de l'Etat n'a cessé de s'affaiblir depuis 1970 : la santé représentait presque 9 % du budget d'Etat (qui comprend à la fois le budget des ministères et administrations nationales et celui des régions) au début des années 1970, et cette part relative a diminué de moitié depuis lors (cf. [13] pp. 181-186, mise à jour).



Mais la défaillance de l'Etat n'a pas forcément des conséquences dramatiques, si, en réalité, depuis longtemps déjà, les malades étaient sollicités de payer une grande part, si ce n'est la totalité du coûts des soins. Or, pour l'année 1986, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé était le suivant (cf. [14]) :

Financement public		en millions FCFA	
Etat (budget national + budgets régionaux)	4.200		
Autres sources publiques	90		
Opérations de développement	8		
INPS	380		
			4.678
Budgets familiaux			
Tarifification	236		
Médicaments modernes	12.000		
Médecine traditionnelle	2.000		
Honoraires privés clandestins	500		
Transport pour raison de santé	300		
			15.036
Aide extérieure	542		
	Total		20.256

Ce sont donc les familles qui supportent d'ores et déjà les trois quarts des dépenses de santé. Ces dépenses atteignent probablement 2700 FCFA par tête en moyenne annuelle, ce qui est évidemment peu, et en proportion du produit par tête (moins de 5 %, ce que confirment les enquêtes auprès des ménages, cf. [15], [16], [17]), et en valeur absolue par rapport à ce qu'on constate dans certains pays voisins.

Le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques, qui pèsent sur les budgets privés beaucoup plus qu'on ne l'imagine : alors que la valeur des ventes de médicaments par la PPM est officiellement de l'ordre de 6 milliards FCFA (en 1986 et en 1987), ce qui correspond à environ 800 FCFA par habitant, les enquêtes directes auprès de la population donnent une dépense pharmaceutique par tête bien supérieure, **plus du double**.

Ces écarts s'expliquent par plusieurs phénomènes parfaitement identifiés : la vente des produits de la Pharmacie populaire du Mali (organisme public disposant jusqu'en 1991 du monopole d'importation et en pratique jusqu'en 1990 du monopole de la commercialisation), par les gérants de

ses officines, à des prix supérieurs aux prix arrêtés par l'administration ; la vente de produits importés clandestinement de plusieurs pays voisins ou européens ; la vente aux malades par les professionnels de santé de produits appartenant à la dotation en nature des formations sanitaires publiques ou des projets ; la vente au public de médicaments donnés par les ONG, notamment. Il est certain que les enquêtes directes fournissent une description de la situation bien meilleure que les chiffres partiels utilisés d'ordinaire, et il faut donc conclure que **les familles paient au moins 12 milliards FCFA pour les médicaments modernes** (prescription et autoconsommation).

Il apparaît ici que, pourvu qu'ils croient en l'efficacité de ce qu'on leur propose (ce qui est le cas pour les médicaments), les malades paient, pour se soigner, des sommes conséquentes et peut-être suffisantes (on y reviendra).

Les autres postes sont de taille plus modeste : environ 2 milliards (pas plus) pour la médecine traditionnelle, environ 500 millions FCFA pour la pratique privée (encore clandestine en 1986) de la médecine (estimation à partir de [15], [17]), environ 250 millions au titre de la tarification pratiquée par l'ensemble des formations sanitaires (cf. [14] tableaux annexes), environ 300 millions pour les dépenses de transport liées à la santé. L'estimation des honoraires privés est obtenue par défaut : elle est néanmoins significative, puisqu'elle représente 20 % environ de la masse des rémunérations versées par l'Etat aux agents de la santé.

Mais plusieurs expériences en vraie grandeur, menées au Mali même pendant plusieurs années, ont réalisé une relance de l'activité des services de santé par la création d'un réseau de magasins vendant à prix coûtant des médicaments essentiels (achetés en DCI sur le marché international) prescrits par les professionnels agréés des formations sanitaires publiques. Ces expériences ont été analysées en détail (voir notamment [13], [14], [18]), et ont montré qu'il était possible d'obtenir d'excellents résultats en termes d'activité des services de santé et de fréquentation par une simple réallocation des dépenses de santé, sans en changer le niveau (cf. [14] pp. 115-116). Mais la politique de santé est désormais incluse dans l'ajustement structurel : la santé est l'un des domaines dans lesquels la Banque et le F.M.I. demandent un effort pour rendre supportable leurs programmes d'ajustement structurel. *Qu'en est-il ?*

1.2.2 Etat du système de santé

L'évolution du système de santé est caractérisée par la chute des taux de fréquentation, l'abandon des activités de surveillance, l'abandon de toute préoccupation de qualité, et la prédominance des intérêts du personnel.

En 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, on a dénombré un peu plus de 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation des consultations de 15 % : moins d'un Malien sur six, dans ces cercles, a un contact annuel avec les services de santé publics. Pour les 2,8 millions d'habitants des cercles plus importants disposant d'un hôpital, on a relevé un peu plus de 1,5 millions de consultations, ce qui donne 0,5 consultation par habitant et par an : si chaque consultant reçoit en moyenne 1,5 à 2 consultations, le taux de fréquentation est de l'ordre de 25 à 35 %, donc supérieur à ce qu'il est dans les zones moins desservies, mais encore faible. Quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4 pour cent. Au total environ un Malien sur quatre a aujourd'hui, dans l'année, un contact avec les services de santé (cf. [14]) ; cette proportion était supérieure à un sur deux dix ans plus tôt (cf. [19] p. 284 ; voir aussi, pour 1974, [20] p. 43).

Fait-on mieux en matière de surveillance épidémiologique ? Sans doute pas. Considérons l'exemple de la tuberculose, grand problème qui redevient d'une dangereuse actualité. Pour 8 millions d'habitants dans ce pays en 1989, on devrait trouver environ 8.000 nouveaux cas annuellement : les 1000 à 1200 nouveaux cas dépistés par an reflètent l'intensité de l'effort de dépistage, qui atteint 15 % de ce qu'il devrait être. Ne parlons pas de la surveillance des malades en traitement ni de la surveillance des résistances aux antibiotiques (cf. [21]). La surveillance des autres endémies n'est pas mieux assurée.

Le niveau technique des soins dispensés est inacceptable au regard des exigences élémentaires de la médecine moderne : on en juge par le fait qu'il n'existe pas de dossiers médicaux dans la plupart des établissements hospitaliers ; que les examens para cliniques, même les plus élémentaires, sont très peu utilisés (moins d'un examen par malade hospitalisé dans un hôpital secondaire, environ 4 dans un hôpital national, cf. [13] pp. 123-138) ; que les diagnostics traités dans les hôpitaux nationaux sont très peu différents de ceux que soignent les centres de santé d'arrondissement ou de cercle (cf. [13] pp. 79-

89) ; que les sages-femmes prescrivent systématiquement des ocytociques à toute parturiente sans même vérifier qu'il n'existe pas de contre-indication évidente (cf. [22]) et qu'elles ne sont pas sanctionnées.

Les praticiens ont "des habitudes de prescription inconsidérée liées à la faiblesse des capacités de diagnostic", à la pratique du traitement symptomatique, à l'extension incontrôlée de la capacité de prescrire à des personnels non qualifiés (en particulier à tous les paramédicaux), ainsi qu'à une formation et une information déficientes (cf. [23], pp. 2-4); l'automédication est extrêmement développée et comme les médicaments sont vendus par un personnel sans aucune compétence pharmaceutique, elle est dangereuse.

Ces observations générales masquent encore un phénomène important, qui est l'inéquité dans l'accès aux soins, inéquité qui provient de ce que le système est conçu pour faire prévaloir en toutes circonstances les intérêts du personnel sur les intérêts du malade. L'affectation du personnel en fonction des intérêts de chacun crée un déséquilibre considérable en faveur des villes en général, et de la capitale en particulier. On compte par exemple une sage-femme pour un peu plus de 3000 habitants à Bamako, contre une pour près de 80000 habitants dans les régions de Mopti ou de Sikasso, qui ne sont pas les plus déshéritées (cf. [24] p. 83) : mais deux sur trois des sages-femmes de la région de Mopti sont en poste à Mopti même (cf. [25] p. 32). Le déséquilibre en matière de personnel entraîne un déséquilibre en matière de financement : la dépense annuelle de l'Etat pour la santé, par habitant et par cercle, va de moins de 70 à plus de 1300 FCFA ; la dépense totale de santé de moins de 200 à plus de 9.500 FCFA ([26] p.7).

L'inégalité fondée sur le jeu des relations sociales servant à créer des privilèges renforce l'inégalité géographique; elle résulte au Mali de multiples moyens, parmi lesquels la pratique privée de la médecine, à laquelle ne peuvent s'adresser que ceux qui en ont les moyens ; la gratuité des soins accordée à leurs parents et relations par les agents du service public ; les privilèges dont bénéficient les agents des services de santé (ou de l'Institut National de Prévoyance Sociale) et leurs familles. Ces phénomènes ne sont pas complètement décrits, mais on sait par exemple que 77 % des examens biologiques effectués par l'Institut National de Recherche en Santé Publique pendant les six premiers mois de 1987 ont été faits pour des malades présentés comme agents des services de santé (et, en grande majorité, de cet Institut lui-même) ou membres de leurs familles ([27]) ; on sait aussi qu'entre 60 et 75 % des sommes que l'Institut National de Prévoyance Sociale consacre à des achats de produits pharmaceutiques sont consommés par le personnel de cette institution (communication personnelle) ; on sait que la consommation de médicaments des agents de la Pharmacie Populaire du Mali a pu atteindre une valeur de plus de 300.000 FCFA par agent en 1986 et près de 200.000 en 1984 (on comprend qu'il s'agit d'acheter à moitié prix, avantage accessoire au salaire, pour revendre avec bénéfice, cf. [28] p. 60) ; on sait enfin que, malgré un contrôle qui se voulait strict, 17,4 % des examens biologiques réalisés par le laboratoire de l'hôpital du Point G en 1988 ont été faits au profit du personnel (cf. [29] p. 27).

1.2.3 Etat de santé

Les données permettant de décrire l'évolution de l'état de santé sont extrêmement peu nombreuses ; le corps médical n'attache aucun intérêt aux activités d'enregistrement qui pourraient fournir les données utiles. Il est toutefois possible de rassembler les informations concernant la mortalité infantile et juvénile d'une part, la malnutrition d'autre part.

La mortalité infanto-juvénile reste à Bamako très supérieure à ce qu'elle est dans plusieurs autres capitales africaines (cf. [30] p. 39), malgré sa diminution. L'enquête démographique et de santé réalisée au Mali en 1987 a utilisé le recueil de l'historique complet des naissances des femmes de l'échantillon pour déterminer, par la méthode directe (durée vécue par les enfants dans la période considérée), les quotients de mortalité infantile et juvénile par période quinquennale. Pour l'ensemble du Mali, les résultats sont les suivants (cf. [31] p. 74) :

Mortalité infantile et juvénile (pour 1000) par période quinquennale

	1972-76	1977-81	1982-86
Quotient infantile	170	156	108
Quotient juvénile	229	185	159
Quotient avant 5 ans	360	311	249

Rien, dans tout cela, pour prouver une dégradation des conditions de santé de la population malienne au moins jusqu'à la période de la seconde grande sécheresse. On pourra cependant objecter que la mortalité, fût-elle celle de la première année, ne peut pas réagir immédiatement à une dégradation des conditions de vie. Pour cette raison, il convient de considérer les informations disponibles concernant la malnutrition protéino-calorique grave.

Une compilation des résultats d'une cinquantaine d'enquêtes nutritionnelles utilisant toutes la même norme (NCHS/OMS/CDC) et la même méthode, réalisées pour l'essentiel dans les régions de Gao et Tombouctou entre avril 1984 et décembre 1987 (cf. [32], pp. 21-31), fonde les remarques suivantes :

- les taux de prévalence de la malnutrition grave, déjà élevés en 1984, sont restés inchangés jusque vers la fin de 1985, mais ont diminué rapidement en 1986 et 1987 (à quelques exceptions près) ; déjà, après la sécheresse de 1973-1974 on avait constaté un redressement rapide de l'état nutritionnel dans les provinces du Nord du Mali entre 1974 et 1975 (cf. [33]) ;

- les rares études réalisées à la fin des années 1970 et comparables à celles qui ont été faites après la sécheresse de 1983 indiquent généralement des taux de prévalence de la malnutrition grave du même ordre de grandeur : 7 à 20 % des enfants présenteraient un rapport poids/taille inférieur à 80 % de la norme (cf. [34] et [35]) ; autrement dit, nous n'avons pas de preuve d'une variation (amélioration ou détérioration) à long terme de l'état nutritionnel des enfants au Mali ;

- la malnutrition est présente même dans la zone cotonnière, qui est la principale zone malienne disposant d'un surplus céréalier ; bien que l'enquête qui le montre, réalisée entre novembre 1984 et février 1985, ait juste suivi la plus mauvaise récolte depuis trois décennies, ce résultat laisse penser que les facteurs qui déterminent la malnutrition chez les enfants ne sont pas seulement d'ordre économique (cet argument n'étonnera pas les spécialistes, et une de ses explications, la qualité de la relation mère-enfant, en a été illustrée récemment à propos d'un échantillon d'enfants d'un quartier pauvre de Bamako, cf. [36]).

Il faut donc bien admettre que, **malgré la très faible croissance économique des vingt dernières années, malgré les deux crises agricoles dramatiques, malgré l'effondrement matériel et moral du système de santé public, aucun indicateur ne traduit la terrible détérioration de l'état de santé que l'on pouvait redouter.** Le Mali a des indicateurs qui le classent parmi les pays les plus démunis, mais autant qu'on puisse en juger avec les informations dont on dispose, sa situation n'a pas notablement empiré au cours des dix à quinze dernières années.

1.3 Ajustement structurel

L'ajustement structurel comporte au Mali cinq programmes de réformes (cf. [37], pp. 40-43), étroitement coordonnés entre eux, dont le programme "population, santé, hydraulique rurale". Quel est le contenu de ce dernier ?

1.3.1 Les mesures de libéralisation

Elles sont en partie antérieures à ce programme et ont d'abord concerné l'exercice privé des professions de santé. Dès février 1981 le parti unique alors au pouvoir au Mali avait adopté le principe de l'autorisation de l'exercice de la médecine privée. Une loi de 1985 a appliqué ce principe à toutes les professions sanitaires, à la suite de quoi divers textes en ont fixé les modalités pratiques. Mais l'exercice privé devait, semble-t-il, être protégé par l'administration : ainsi, on a fixé le prix de la consultation à 4230 FCFA pour le généraliste et à 5945 FCFA pour le spécialiste (N.B. : le salaire mensuel minimum est de l'ordre de 13000 FCFA à l'époque).

Au début de l'année 1988, pas plus d'une quinzaine de professionnels de la santé avaient demandé (et obtenu) l'autorisation de s'installer dans le secteur privé, dont six seulement avaient effectivement ouvert un cabinet : deux gynécologues, deux généralistes, un urologue et un chirurgien-dentiste, tous à Bamako. Depuis lors, les jeunes diplômés de l'école de médecine, plus de 60 par an, que l'Etat ne recrute plus (moins de 10 postes sont mis au concours de la fonction publique chaque année depuis 1985) tentent de s'installer comme "médecins de campagne", éventuellement avec le soutien, au moins temporaire, de collectivités locales ou de "communautés".

Elle s'est appliquée ensuite au secteur de l'approvisionnement et de la distribution pharmaceutique. Dès 1987, les Ordres professionnels, dont les membres étaient alors tous agents de l'Etat, se montraient ouvertement partisans d'un démantèlement de la Pharmacie Populaire du Mali

(PPM), société d'Etat. Une loi promulguée le 27 février 1988 a autorisé l'ouverture aux capitaux privés de 12 sociétés, parmi lesquelles la PPM ; dès avril 1988, des stratégies détaillées concernant chacune de ces sociétés ont été présentées à la Banque Mondiale (cf. [38] p. 16). Fin 1990, la Banque Mondiale, rejetant les propositions qui lui avaient été faites, a obtenu une libération complète du commerce des médicaments au Mali : suppression du monopole d'importation, vente par la Pharmacie populaire du Mali de la quasi-totalité de ses officines, autorisation d'ouverture accordées à une centaine d'officines privées, liberté des prix des produits pharmaceutiques. On est visiblement passé d'un extrême à l'autre, et sans s'en rendre compte semble-t-il.

Si le secteur privé a donc reçu carte blanche, le secteur public n'a pas été affecté. Le corps médical malien a doublé entre 1981 et 1987, et il compte désormais plus de spécialistes que de généralistes; il évolue donc, formellement, comme le corps médical des pays les plus développés ; ce qu'on sait du niveau technique des soins, par exemple dans le domaine de la chirurgie (cf. [13], pp. 77-94), conduit cependant à considérer qu'il n'y a rien derrière l'apparence formelle. Il compte environ 400 personnes dans la fonction publique (qui tolère ouvertement la pratique privée, aussi bien dans les formations publiques qu'au domicile du fonctionnaire), et tout au plus une centaine dans le secteur privé (y compris les médecins salariés des O.N.G. et des coopérations bilatérales ou multilatérales).

Les médecins fonctionnaires comme les autres professionnels de santé appartenant à la fonction publique se trouvent visiblement bien dans leur emploi, qui leur permet de cumuler une rémunération publique stable (et qui garantit le contact avec la clientèle) et la perception quotidienne d'honoraires ou de bénéfices illicites. Voilà pourquoi, sur les 700 départs volontaires de fonctionnaires à la première vague (cf. [39]), 403 affectent l'éducation nationale (soit 7,6 % environ des 5300 agents), et 70 seulement la santé et les affaires sociales (soit 1,2 % des 5600 agents du ministère concerné).

L'ajustement structurel a donc, en pratique, été l'occasion de réaliser la politique appelée de leurs vœux par les professionnels de la santé au Mali. Ils disposent maintenant du cadre juridique qui leur permettra d'exercer dans les conditions des pays dont ils s'inspirent, sans avoir à faire un effort original pour définir des modalités adaptées aux moyens dont dispose leur pays ou à ses ambitions (telles par exemple que feue l'Initiative de Bamako). Quant au secteur public de la santé, il n'est pas menacé, il est simplement oublié.

1.3.2 Le programme de la Banque

De multiples exemples, que nous avons cités ailleurs [40], montrent que les rédacteurs de ce programme sont mal informés de la réalité du secteur de la santé au Mali, qu'ils portent au crédit de la Banque tous les résultats des expériences innovantes qui, toutes, se sont déroulées à l'écart de ses interventions, et qu'ils répètent une appréciation totalement erronée des résultats obtenus par les interventions antérieures de la Banque dans la région de Kita, Bafoulabé et Kéniéba. Ceci est bien regrettable, et bien inquiétant, puisque le nouveau programme envisage d'intervenir en apportant une "assistance massive" (cf. [41], para. 2.32), dont ses rédacteurs se doutent qu'elle est l'origine du mal, puisqu'ils reconnaissent qu'elle a pour conséquence inéluctable que "la gamme des services de santé est de plus en plus déterminée par diverses initiatives internationales au lieu de l'être par la demande locale" (cf. [41] para. 2.19).

Ce programme est d'abord mal conçu et, sur certains points, dangereux. Laissons de côté ici un grand nombre de critiques sérieuses, portant par exemple sur l'emploi injustifié d'une notion purement idéologique de "communauté", sur le vide inouï de la notion d'"approche populationnelle", sur la présentation exclusivement démagogique d'une utopie de gestion villageoise, etc. Concentrons-nous sur l'erreur impardonnable et persistante qui affecte la prétendue démonstration de la viabilité économique des centres de santé communautaires, et sur la menace que représentent, pour la santé de la population, certaines propositions du programme.

L'idée qu'un centre de santé implanté au niveau villageois (il est prévu d'en créer au moins 120, cf. [41] para. 3.07), et desservant 10.000 personnes, puisse enregistrer 4 à 5000 consultations dans l'année, et percevoir en moyenne 500 FCFA par consultation (cf. [41], para. 3.09) est totalement irréaliste. Le taux de fréquentation qui est supposé (environ 50 % : 5000 consultations pour 10000 habitants) n'a jamais été obtenu au Mali, depuis dix ans, même lorsque le médicament était rendu disponible, même lorsque les moyens de fonctionner étaient à nouveau donnés au personnel, même lorsque ce personnel était à nouveau supervisé (voir sur ce point une récapitulation de toutes les données disponibles dans [17], pp. 47-50 et 64). Quant au recouvrement moyen de 500 FCFA par

contact, il n'a jamais été obtenu, même en faisant appel à la collectivité pour compléter les paiements privés.

L'idée que certaines collectivités locales consacraient 7 % du produit de la taxe locale de développement à la santé (cf. [41], para. 3.06) est mal informée ou mal intentionnée : les collectivités locales n'existent encore que sur le papier, et, plus grave, on sait déjà qu'elles ont d'autres priorités que la santé.

L'idée que des centres de santé tenus par des infirmiers devraient encourager l'automédication en gérant des pharmacies qui offriraient au village des médicaments essentiels, depuis la chloroquine jusqu'aux contraceptifs (cf. [41], para. 3.12) est dangereuse. Il ne faut pas oublier que les infirmiers sont depuis des années formés dans des conditions qui font frémir - et à partir d'un niveau général qui n'a jamais été aussi bas, dans un des rares pays où le taux de scolarisation a baissé depuis vingt ans -, et qu'ils sont déshabitués de toute exigence professionnelle ou déontologique. Et si l'automédication est dangereuse en ce qui concerne la chloroquine, elle l'est beaucoup plus encore lorsqu'elle porte sur les contraceptifs hormonaux et les DIU : sous prétexte de la nécessité de contrôler les naissances, en vient-on à proposer n'importe quoi ?

Enfin, ce programme est mensonger en matière de politique pharmaceutique. "La réforme pharmaceutique vise à assurer la disponibilité en médicaments de qualité dans tout le pays en un an, et à réduire le coût de l'ordonnance moyenne des 2/3 aux 3/4 grâce à la mise en oeuvre d'une politique des médicaments essentiels" (cf. [41], para. 3.24). Mais, parmi les décisions qui ont été imposées au Mali comme conditions du nouveau "Projet population-santé-hydraulique-rurale" (cf. [41], para. 3.25), certaines rendent ces objectifs inaccessibles et les rédacteurs du projet le savaient. Ce sont les suivantes :

1) poursuite du programme, effectivement lancé en avril 1990, de privatisation des officines de la PPM : la Banque était parfaitement informée des conclusions d'une étude réalisée grâce à l'UNICEF (cf. [28]) et montrant que le réseau d'officines de la PPM était indispensable à l'approvisionnement de tous les cercles en médicaments essentiels au prix le plus bas et que l'approvisionnement des arrondissements et des villages était encore plus difficile;

2) levée du monopole d'importation de la PPM : l'étude précitée ([28]) avait montré que le monopole d'importation était la seule façon de donner un contenu effectif à la suppression de 350 spécialités qui devaient être remplacées par 199 médicaments essentiels; la Banque impose donc au Mali un système dans lequel la PPM ne peut pas importer les 350 spécialités en question, alors que d'autres opérateurs le feront; ces 350 spécialités seront ainsi présentes sur le marché à côté des médicaments essentiels qu'elles devraient remplacer; comme la vente des spécialités est, pour un pharmacien privé, inévitablement plus lucrative que la vente des médicaments essentiels, la Banque a imposé au Mali une disposition qui condamne la commercialisation des médicaments essentiels.

Nous mesurons parfaitement la gravité de ces critiques : elles signifient que les experts, s'ils sont honnêtes, ne comprennent pas le rôle qu'on leur fait jouer, puisque, dans le domaine de la santé, qui est le leur, l'ajustement structurel prend des formes absurdes, qu'ils défendent. Cette observation, tout de même inattendue, suggère une interprétation générale de l'ajustement structurel et de ses relations avec l'amélioration de l'état de santé dans les pays les plus démunis : on y reviendra.

2. LE CAS DE LA CÔTE-D'IVOIRE

Une remarque préliminaire d'importance s'impose ici. Malgré la concentration extraordinaire d'expertise et d'ingénierie qu'a attiré la croissance rapide de la Côte d'Ivoire, beaucoup des données nécessaires à la réflexion sur la stratégie sanitaire n'existent pas. De ce point de vue, la santé publique est aussi sous-développée en Côte d'Ivoire qu'elle l'est au Mali, peut-être pour des raisons différentes : la confiance aveugle dans les capacités du secteur privé ici, la confiance aveugle dans les capacités du secteur public là. Le fait est que, même pour dresser un tableau limité par la question à laquelle nous tentons de répondre, nous manquons de données de base.

2.1 Evolution économique générale

Comme on a déjà examiné plus haut quelques données permettant de situer le niveau de vie de la Côte d'Ivoire par rapport à celui du Mali, de la France et des Etats-Unis, nous accorderons plus d'attention ici au retard de la chute de la consommation par rapport à la chute de la valeur de la production.

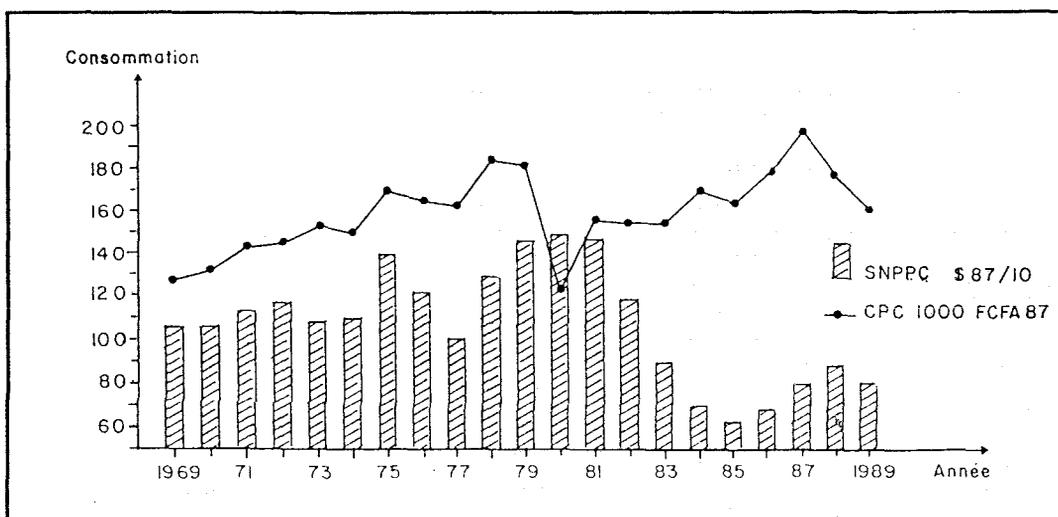
Le graphique ci-dessous utilise deux indicateurs par tête, en monnaie constante (valeur 1987 dans les deux cas) :

- le produit national brut par tête en dizaines de dollars (cette unité ayant été choisie uniquement pour obtenir deux courbes de même amplitude sur le graphique) ramené à une base 1987 par l'utilisation du déflateur le plus approprié, celui du produit national brut justement (cet indicateur est repéré par GNPC \$87/10; les données sont celles que publie la Banque Mondiale, cf. [42], pp. 204-205) ;

- la consommation privée par tête en milliers de FCFA, obtenue en divisant la consommation privée nationale de chaque année aux prix de 1987 par la population totale de la même année (cet indicateur est repéré par CPC 1000 FCFA 87 sur le graphique ; la source est la même que ci-dessus).

Ce graphique rappelle que, en ce qui concerne la production par tête, évaluée en dollars, la Côte d'Ivoire a connu une croissance irrégulière mais incontestablement rapide de 1969 à 1980, puis une chute vertigineuse de 1980 à 1985 (le produit par tête de cette dernière année n'atteint que 40 % de celui de 1980), suivie d'un très léger redressement de la situation au cours des dernières années connues (1986 à 1989). L'évaluation en dollars enregistre l'effondrement du cours des produits d'exportation de la Côte d'Ivoire.

La courbe de la consommation par tête montre -et elle est importante pour apprécier les effets sociaux de l'ajustement structurel- que l'évolution désastreuse de la valeur de la production ne s'est pas répercutée directement et entièrement sur la consommation privée. Celle-ci a brutalement chuté dès 1979, mais elle a repris une allure rapidement ascendante de 1980 à 1987, avant de connaître une nouvelle baisse, inférieure cependant à celle de 1979-1980, entre 1987 et 1989, dernière année connue.



Sans entrer dans tous les détails que cela exigerait, relevons aussi que l'évolution de la situation économique de la Côte d'Ivoire, au moins pendant la période considérée, ne dépend visiblement pas que du cours de ses produits d'exportation sur les marchés mondiaux. La courbe du produit national brut par tête révèle un premier accroc dans la croissance dès 1976 et 1977, c'est-à-dire avant la chute des prix du café et du cacao sur les marchés mondiaux (cette chute n'interviendra qu'entre 1977 et 1980). Et si se manifestent en 1982 et 1983 les effets de la stabilisation financière entreprise en 1980-1981, s'y ajoutent, en 1983, les conséquences d'une chute spectaculaire de la production de café, mais du fait de la sécheresse.

Notons encore que, en 1985, l'investissement public n'est plus que 30 % de ce qu'il était en 1980, et que l'investissement privé a, lui aussi, sensiblement diminué, tout en restant aux deux tiers de ce qu'il était en 1980 (cf. [43], p. 9 sq.).

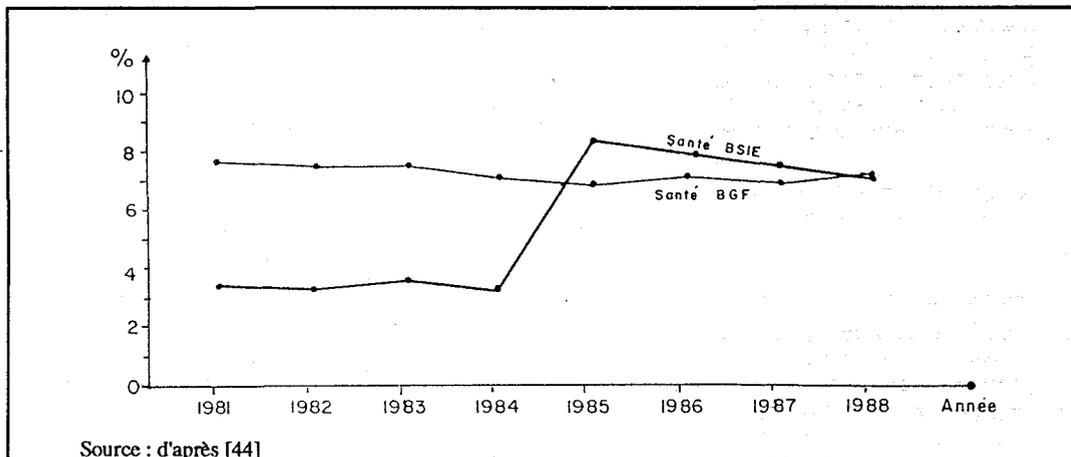
2.2 Evolution du système de santé et de l'état de santé

A la question de savoir si l'ajustement structurel, qui en Côte d'Ivoire a commencé dès le début des années 1980, a eu des répercussions sur la santé, on peut tenter de répondre d'abord en utilisant les

séries assemblées par la Banque Mondiale dans un rapport de novembre 1988 abondamment cité plus récemment par M. Guimier (cf. [44]). Ces séries montrent (cf. le graphique ci-dessous) :

- que la part de la santé dans le budget général de fonctionnement de l'Etat reste approximativement constante, de l'ordre de 7,5 % dans la première moitié des années 1980, de l'ordre de 7 % dans les années 1985 à 1988 ; cette part était cependant de 10,6 % en 1970, et comprise entre 8 et 9 dans les années 1974-1978 : la chute a donc commencé avant l'ajustement structurel ;

- que la part de la santé dans le budget spécial d'investissement et d'équipement a augmenté au cours de la décennie : de l'ordre de 3,5 % dans la première moitié, elle est passée à plus de 7 % entre 1985 et 1988 ; mais les prévisions du Ministère du Plan pour les années 1989 à 1992 étaient les suivantes : 4 % en 1989, 3 % en 1990, 3,4 % en 1991 et 2 % en 1992.



Il est toujours possible de procéder à des projections des dépenses fondées sur leur niveau présent, en admettant par exemple que les dépenses récurrentes de l'année $t+1$ sont égales à 15 % des dépenses d'investissement de l'année t . On suppose ainsi, mais sans le dire, non seulement que les investissements réalisés sont justifiés (présentent un intérêt du point de vue de la santé publique), mais encore que leurs coûts d'exploitation peuvent être estimés sur la base des dépenses antérieures constatées sur des équipements comparables : autrement dit, on suppose qu'il n'y a ni investissement de prestige, ni gaspillage ostentatoire des ressources. Par suite, ces estimations ne riment à rien (cf. [44] pp. 23-24).

On ne peut pas exclure, cependant, une détérioration de ces masses budgétaires en valeur réelle, du fait de l'élévation des prix des biens qu'elles servent à acheter. Mais on ne dispose d'aucun indice qui serait adapté à l'usage qu'on voudrait en faire ici : ces masses budgétaires ne servent pas à acheter les biens qu'on trouve dans les paniers des ménagères.

En ce qui concerne les activités sanitaires, on dispose d'informations extrêmement parcellaires. L'Institut National de Santé Publique compile et publie, sous le nom de rapport annuel de morbidité, des statistiques des nombres de consultants reçus dans les formations sanitaires, des nombres de consultations délivrées, des états morbides, des vaccinations, des évacuations, des décès. L'important est de savoir que ces données couvrent essentiellement l'activité des bases des secteurs de santé rurale, puisque les autres formations, celles où travaillent les médecins de la santé publique, sont en pratique dispensées de ce compte-rendu de leur activité. D'après les données pour 1987 (apparemment, aucun chiffre plus récent n'aurait été publié), on aurait enregistré 3,3 millions de consultants, et 6,7 millions de consultations : en ordre de grandeur, une personne sur trois aurait donc, cette année-là, fréquenté les services publics de santé (et chaque personne qui se serait présentée aurait été reçue deux fois). Ces chiffres se comparent en principe directement à ceux qui ont été cités plus haut pour le Mali.

Ces statistiques nationales, certainement incomplètes, décrivent particulièrement mal la situation à Abidjan même. Pour cette ville, aux 650.000 consultations enregistrées en 1990 dans les centres de santé urbains et formations sanitaires urbaines, il faut ajouter l'activité des centres médico-sociaux de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS.), environ 200.000 consultations, et les consultations

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS.), environ 200.000 consultations, et les consultations externes des hôpitaux: le nombre de ces dernières est inconnu, mais la lecture des rapports d'activité, lorsqu'ils existent, montrent qu'il serait négligeable par rapport à celui des formations non hospitalières. Au total, si l'on juge de la fréquentation d'après l'activité des formations publiques, il faut admettre que la population d'Abidjan a moins de 0,5 contact par habitant et par an.

Il conviendrait naturellement d'ajouter, à ceux qui viennent d'être considérés, les contacts avec les praticiens privés. Les seules données disponibles pour le faire sur l'ensemble de la population proviennent de l'enquête réalisée par la Banque Mondiale (cf. [45]), d'où il résulte que le nombre total de recours à un professionnel de santé qualifié (médecin ou infirmier, d'après les déclarations des répondants), par personne et par an, serait de l'ordre de 2 pour la population d'Abidjan et de 1,7 pour l'ensemble de la population ivoirienne (cf. [46] p. 42 pour Abidjan ; et [45] p. 27 et 17 pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire). On peut vérifier que la différence entre la capitale et le reste du pays n'est pas considérable ; cependant, à Abidjan, les médecins donnent 60 % des consultations considérées, et dans le reste du pays 28 % seulement (cf. [45] p. 27). Pour le groupe des adhérents de la Mutuelle générale des fonctionnaires, les données qui nous ont été aimablement communiquées montrent que le nombre de contacts (avec les services de santé publics et privés) par personne et par an dépasse 2 (cf. [46] p. 41) : il n'est donc pas évident que le groupe des fonctionnaires ait un recours aux soins beaucoup plus important que le reste de la population.

En terminant cette section, il faut relever qu'elle ne contient rien sur l'évolution de l'état de santé : nous n'avons pas eu le temps de synthétiser, comme nous l'avons fait sur le cas du Mali, l'information qui pourrait être utilisable à ce sujet.

2.3 Le programme de valorisation des ressources humaines

C'est sous ce nom que sont présentées, en Côte d'Ivoire, les interventions de la Banque en matière de santé et d'éducation. A vrai dire, ces interventions sont sensiblement différentes : elles se limitent à l'importation, peut-être un peu tardive tout de même, et de surcroît assez sommaire comme on va le voir, d'un modèle de planification-programmation-budgétisation dans le secteur public de la santé, alors qu'en matière d'éducation, sous la même présentation, on voit apparaître des objectifs quantifiés et des mesures précises beaucoup plus nombreux. Le retard, déjà signalé, de la réflexion sur la stratégie de santé publique explique peut-être que les objectifs soient assez modestes et vagues, mais n'implique pas nécessairement qu'on nous propose en 1990 un programme basé sur des conceptions qui ont au moins trente ans.

2.3.1 Objectifs

Pour présenter les objectifs du programme en matière de santé, il est fait référence à la déclaration dite "Politique de développement des ressources humaines" qui aurait sélectionné les suivants (cf. [47] p. 6-7) :

- doter l'Etat d'instruments tels que le Comité de suivi pour la valorisation des ressources humaines, et de services de planification renforcés, pratiquant la PPB (planification, programmation, budgétisation), la gestion par objectif ...;
- améliorer l'efficacité externe du système par une meilleure maîtrise de la demande (i.e. planification familiale et régulation de l'immigration, définition des besoins essentiels et choix des priorités en accord avec les populations) et une meilleure adaptation à la demande (application effective d'une politique des soins de santé primaires, ajustement des effectifs et des programmes de formation aux besoins du marché du travail et aux besoins du secteur de la santé...);
- améliorer l'efficacité interne par la rationalisation de l'emploi des ressources actuelles (renforcement des moyens des niveaux périphériques et primaires, adoption d'une carte sanitaire plus rationnelle, utilisation optimale des infrastructures existantes, baisse de la part des dépenses de personnel et redéploiement des effectifs, organisation et contrôle du secteur privé...) et par la mobilisation de ressources nouvelles (i.e. : recouvrement des coûts, partenariat avec les collectivités locales et les communautés villageoises, participation du secteur privé non lucratif, appel à l'aide extérieure...).

Il est facile de reconnaître dans le premier objectif la tendance de la bureaucratie à réclamer toujours du renfort, et dans les deux autres des mélanges irréflectifs de thèmes d'actualité (par exemple la politique de population, l'emploi des jeunes diplômés, le partenariat avec les collectivités locales, ...)

et de thèmes passés de mode (le choix des priorités en accord avec les populations, l'application effective d'une politique des soins de santé primaires, le renforcement des moyens des niveaux périphériques et primaires, etc.). Ces objectifs ne tiennent visiblement aucun compte ni des choix effectifs, bien qu'éventuellement tacites, de la Côte-d'Ivoire, depuis trente ans, en matière de développement des services de santé, ni des alternatives réalistes qui s'offrent aujourd'hui à la décision. En pratique l'attention se focalise donc sur l'organisation du secteur public.

2.3.2 Organisation du système de santé public

Ce qui paraît le plus significatif de l'orientation choisie est l'importance des considérations purement bureaucratiques. Ainsi, au moment où, dans beaucoup de pays, on se préoccupe de simplifier des organigrammes qui ne bourgeonnent que pour permettre des créations de postes ou des avancements, le programme de la Banque en Côte d'Ivoire prévoit de mettre en oeuvre une classification normative des établissements, telle que celle qui avait déjà été ébauchée en 1988. On n'y comptera pas moins de neuf niveaux (cf. [47] pp. 13-17) :

- centre de santé rural ;
- base de secteur de santé rurale ;
- centre de santé urbain ;
- hôpital de jour ;
- hôpital de deuxième catégorie ;
- hôpital de première catégorie ;
- centre hospitalier régional ;
- centre hospitalier spécialisé ;
- centre hospitalier universitaire.

Pour chacun de ces niveaux, on entreprend de définir, comme on le faisait il y a trente ans, des normes de personnel (cf. le tableau in [47] p. 17). Par exemple, pour la base de secteur de santé rurale : "Son personnel est composé de trois médecins, un pharmacien, seize infirmiers, deux sages-femmes, neuf aides-soignants, deux techniciens et deux administratifs" (cf. [47] p. 13). Mais on ne craint pas de poursuivre, à propos du CHR par exemple : "Son personnel est composé en moyenne de 23 médecins, 5 pharmaciens, 2 dentistes, 2 radiologues, 81 infirmiers, 15 sages-femmes, 64 aides-soignants, 9 techniciens, 19 administratifs" (cf. [47] p. 16). Dans tous ces établissements, on procédera à une réorganisation interne fondée sur les techniques "Organisation et méthodes" : s'agirait-il d'une nouveauté sur le marché ivoirien ?

En ce qui concerne le développement du système, on parle d'objectifs de résultats (cf. [47] p. 19), mais sous ce titre on ne trouve qu'une règle (distance maximale d'accès de 17 km) qui sert à calculer le nombre de formations à créer pour maintenir les taux de couverture en vigueur en 1990. On parvient ainsi à prévoir, pour la période 1991-2000, les créations suivantes : 154 dispensaires ruraux (dont 68 à équiper et ouvrir, et 86 à construire, dont 73 sont déjà agréés) ; 228 maternités rurales (20 à équiper et à ouvrir, 122 à construire dont 90 sont déjà agréés) ; 50 dispensaires urbains ; 69 maternités urbaines ; 4 hôpitaux de deuxième catégorie, sans doute à Abidjan, pour compléter les 56 existant déjà dans le pays, et qui sont à réhabiliter (cf. [47] p. 19-21). Pour faire aboutir ces projets, il faudra naturellement suspendre toute autorisation nouvelle de construire une formation rurale (dispensaire ou maternité), et en milieu urbain créer les formations nouvelles dans les zones à faible densité médicale et à haut risque sanitaire (cf. [47] p. 21-23).

Ces dispositions auront une incidence plus forte sur les moyens attendus du programme que sur l'orientation des dépenses du ministère de la santé. Pour ce dernier, on prévoit que la part du secteur primaire dans les dépenses de fonctionnement prises en charge par le budget de l'Etat devrait passer de 38 % en 1990 à 42,4 % en 1995 (cf. [47] p. 10), ce qui est une évolution somme toute modeste : il s'agira de déplacer en ordre de grandeur 1 milliard FCFA ; et comme le secteur primaire englobe, à côté des dispensaires, maternités, PMI, services de santé scolaire, et de toute la santé rurale, l'Institut national de santé publique et l'Institut national d'hygiène (cf. [47] p. 9), ce déplacement peut être facile sans concerner la brousse. De l'autre côté, sur les 46 milliards que devraient coûter les mesures constituant le programme, la réhabilitation des infrastructures exigera à elle seule 43 milliards de plus que les financements déjà acquis (cf. [47] annexe 1), ces derniers se montant eux-mêmes à 17 milliards (cf. [47] p. 38-39).

Faut-il déjà conclure ? Si oui, on dirait : l'objectif est atteint. N'y a-t-il vraiment rien d'autre dans ce programme ?

2.3.3 Politique pharmaceutique

En matière de médicaments, le programme retenu semble être simplement celui qui a été mis en oeuvre avec le concours du FED. Il permet d'approvisionner les établissements publics nationaux en fonction de leurs budgets (dotation accordée par le Ministère de la santé) et de leurs ressources propres (provenant du recouvrement des coûts) ; ils achètent à la Pharmacie de santé publique au prix d'achat de cette dernière, majoré de 20 %, ils fractionnent et ils revendent aux usagers en majorant de 10 % ; les autres formations sont approvisionnées en fonction de la dotation que leur accorde le Ministère de la santé.

Le programme de la Banque contient des perspectives d'expansion très rapide de ces approvisionnements en médicaments essentiels qui "progresseront en fonction du rythme de réhabilitation des infrastructures et de mise en service des nouvelles formations. Ils passeront de 2,79 milliards FCFA en 1991 à 10 milliards en 1995 et 18,3 milliards en l'an 2000" (cf. [47] p. 42). Rien ne permet de comprendre comment ces estimations ont été obtenues : mais le rapport contient plus de 200 tableaux dégorés par un programme Lotus probablement contaminé par un vibrion, et tout est donc possible ; on doute cependant qu'il soit judicieux de traiter la question par une simple règle de trois. Il semble aussi que l'on envisage une sensible extension des modalités actuelles de délivrance des médicaments essentiels: "Les conditions très avantageuses d'achat des médicaments essentiels sous forme générique et distribués en quantités fractionnées aux patients en consultation ou hospitalisés mettront ces traitements payants à la portée de toute la population" (cf. [47] p. 44). Dans cette formulation, en effet, rien ne laisse supposer que cet approvisionnement doit être limité, dans chaque établissement, au montant annuel de la dotation publique, ou aux cas d'urgence, ou à l'indigence, ou au traitement du premier jour, comme c'était le cas (à la discrétion du personnel, apparemment, en l'absence de consignes nettes et de moyens de les faire respecter) en octobre 1991, lors de nos visites dans certains établissements de la capitale. On lit bien, en effet, que tous les patients en consultation ou hospitalisés pourraient bientôt, à la seule condition qu'ils les paient, recevoir leurs traitements sous forme de génériques distribués en quantités fractionnées.

Avant d'aller plus loin, il convient évidemment de rappeler que les importations de médicaments sont passées d'environ 12 milliards FCFA en 1980 à plus de 30 dans les années 1986 et 1987 (statistiques du commerce extérieur, rubriques 30.01 à 30.05.99), pour atteindre au moins 35 dans les années 1990-1991. Le chiffre d'affaires de la distribution est, en ordre de grandeur, le double de la valeur des importations. En 1991, la Pharmacie de santé publique a fait environ 2 milliards de chiffre d'affaires (sur 10 mois), et pensait atteindre 3 milliards en 1992 : le programme de médicaments essentiels lancé avec le concours du FED représente donc environ 5 % du marché. Il est social, ce qui est très bien, et il sait respecter les intérêts privés, ce qui est encore mieux.

Pour l'avenir, le programme de la Banque contient aussi des prévisions relatives à la dépense par tête. "On peut estimer la consommation de médicaments à 3935 FCFA par habitant en 1990. Ce ratio devrait passer à environ 3380 FCFA par habitant (en francs constants) en 2000, sans qu'il en résulte une baisse de la consommation en volume : la part des médicaments génériques devra augmenter, y compris dans les ventes des officines privées (50 % à partir de 1995), celles-ci conservant leur marge en valeur absolue" (cf. [47] p. 62). On remarque que, même si le médicament essentiel arrivait à représenter la moitié des ventes des officines privées, l'effet sur la dépense annuelle par habitant (à quantité constante et en francs constants) ne serait qu'une diminution de 15 % environ. Ceci paraît faible, puisqu'on entend souvent dire (et qu'on peut vérifier en dépouillant des appels d'offres, des factures ou des catalogues, voir par exemple [48]) que les génériques coûtent la moitié, le quart, voire le dixième des spécialités correspondantes. Mais c'est sans doute bien à ce résultat qu'on parviendra si, pour associer les grossistes et les officines privées à la commercialisation des médicaments génériques, on doit accorder aux uns et aux autres, produit par produit, la même marge en valeur absolue sur le générique que celles qu'ils prennent sur la spécialité (voir un exemple dans [44] p. 56).

2.3.4 Libéralisation

La libéralisation du secteur de la santé pourrait concerner d'abord l'exercice des professions de santé. Tout est déjà fait, on l'a vu, en matière d'importation et de distribution des médicaments. La situation est différente en ce qui concerne les soins proprement dits. D'après le recueil statistique publié en 1989 par le Ministère de la santé (cf. [49]), le nombre de médecins installés dans le secteur privé serait le suivant :

- cabinets privés : 31 (dont 28 à Abidjan)

- cliniques privées : temps plein 29 (dont 20 à Abidjan) ; temps partiel 105 (dont 97 à Abidjan) ; 75 d'entre ces derniers travaillent dans une même clinique, qui compte 229 lits, offre toutes les spécialités, et n'emploie pas un seul médecin à plein temps).

D'après le même document, 661 médecins et assimilés travaillent dans les services médicaux de la santé publique (à l'exception des centres de santé urbains, pour lesquels l'information fait défaut) ; ce chiffre se compare à un total de 932 médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes figurant sur les états informatiques du Ministère de la santé au 21 novembre 1989 (cf. [44]).

L'activité curative s'est donc développée au sein du secteur public. Cependant, le fait qu'il soit possible de faire tourner une clinique de très haut niveau technique uniquement avec des médecins à temps partiel, comme l'absentéisme massif du personnel médical, que révèle toute visite dans les formations sanitaires de la capitale, permettent à tout un chacun de comprendre la situation : le secteur public assure la sécurité matérielle, le tri de la clientèle, les examens exigeant des équipements coûteux, etc., éventuellement l'approvisionnement en consommables, et le secteur privé apporte le confort que méritent les malades et les honoraires libres que méritent les praticiens.

On mesure donc la perspicacité des rédacteurs du programme de la Banque lorsqu'on y lit qu'ils prévoient une réorganisation du secteur privé "qui devra définitivement trancher le problème des activités privées des médecins hospitaliers publics. Le problème étant uniquement pécuniaire, la solution à envisager pourra être la libération des praticiens durant un certain quota d'heures hebdomadaires (8 heures correspondant à 20 % du total hebdomadaire) soit pour des activités privées extérieures à l'hôpital, soit pour des activités privées organisées dans le cadre de l'hôpital. Chaque solution a ses avantages et ses inconvénients. L'exercice du secteur privé directement à l'hôpital paraît préférable du point de vue des contrôles, mais il devra être concilié, dans un premier temps, avec les habitudes prises" (cf. [47] p. 36).

On pourrait cependant imaginer que la question soit réglée avec le concours des forces du marché. Après une génération pendant laquelle tous les avantages de l'exercice médical ont été concentrés au profit des premiers diplômés, la Côte d'Ivoire se trouve aujourd'hui avec un millier de médecins actifs et un flux annuel de plus de 200 diplômés pour les six ou sept prochaines années. Le programme de la Banque envisage donc l'instauration d'un numérus clausus à l'entrée de la Faculté de médecine et l'instauration d'un concours d'entrée dans la fonction publique. Il envisage aussi une aide à l'installation des jeunes médecins : "une aide remboursable sur 10 ans (sans intérêt) pourrait leur être consentie sur des fonds publics pour couvrir les frais de première installation (3.600.000 FCFA équivalant à un an de salaire de médecin par exemple). [...] Parallèlement, une tarification nationale des consultations, différente de celle pratiquée dans les établissements publics, serait mise en place pour les médecins qui accepteraient cette formule. D'un montant modique, le tarif de la consultation permettrait la consultation d'une clientèle nombreuse qui pourrait s'ouvrir à celle des organismes privés de prévoyance" ([47] p.35). La modicité de la tarification s'impose en effet désormais, puisqu'il y a surabondance de l'offre ; mais la tarification sera aussi un moyen de veiller à ce que les privilèges des grands anciens, qui voudront probablement se réserver la clientèle intéressante d'Abidjan et des grandes villes, soient protégés de la concurrence indelicat de leurs jeunes confrères. Un dispositif aussi subtil pourra-t-il résister aux tensions qui pèsent sur l'économie ivoirienne ?

La libéralisation signifie aussi, comme on le disait il y a quelques années, la "vérité des prix". Le programme de la Banque n'oublie donc pas de recommander le recouvrement des coûts, présenté comme "une pièce maîtresse du redressement du système sanitaire" ; il doit s'appliquer aux médicaments, aux consultations, aux autres actes médicaux (laboratoire, radiologie...) et aux séjours hospitaliers. On se fixe comme objectif un taux de recouvrement de 80 % dans les CHU dès 1992, et de 60 % dès 1994 dans les autres formations, et de 40 % seulement dans les formations primaires. Est-ce vraiment bien raisonnable ? Ne serait-ce pas, par hasard, tout le contraire qu'on devrait viser : recouvrer la plus grande part du coût des soins primaires, et mobiliser la solidarité nationale pour le faible nombre des interventions hospitalières dont on aura décidé qu'elles doivent être mises à la disposition des malades ?

3. CONCLUSION

En mars 1991, le représentant de la Banque à Abidjan s'adressait au Premier Ministre, pour lui annoncer une mission venant de Washington. Parmi les documents annexés à cette lettre figure une Note de réflexion où on lit notamment le passage suivant : "Depuis plus de trente années, le jeu relatif des groupes de pression actifs dans la société ivoirienne ont façonné, en fonction de leurs intérêts

respectifs, et souvent conflictuels, l'actuel système des ressources humaines, dont les observateurs relèvent les déséquilibres. Ces déséquilibres ne peuvent être restaurés que si, d'une part, les intérêts des groupes en présence sont correctement analysés et si, d'autre part, un processus dynamique de changement est mis en place et influencé par les acteurs eux-mêmes, qui doivent comprendre le bien-fondé de la recherche d'un nouvel équilibre. L'originalité fondamentale du programme actuel du gouvernement - et du rôle que la Banque Mondiale a joué dans l'élaboration de celui-ci - a été de déclencher un tel processus de changement, dont la robustesse a été démontrée par le fait que la nomination de trois gouvernements successifs n'a pas altéré la préparation dudit programme [...]. Ce processus dynamique débouche sur un programme plus cohérent que la situation précédente, mais également moins rationnel que s'il s'agissait de faire table rase des intérêts en présence, et de déterminer ex nihilo un tel programme sans considération des dits intérêts. Pour pouvoir soutenir ce processus, il s'agit bien plus de pouvoir s'adapter à une négociation (tant entre groupes sociaux qu'entre le gouvernement et les bailleurs de fonds) que d'imposer une solution techniquement optimale. A ce titre, il est possible que les solutions techniques proposées soient considérées comme insatisfaisantes pour un observateur non averti des circonstances ivoiriennes. Elles ont cependant l'avantages d'être réalistes et comprises par les parties en présence". (p. 2)

Comme le rappelle cette citation, tirée d'un document concernant la Côte d'Ivoire, l'ajustement structurel se négocie, naturellement, et les négociations qui se déroulent entre bailleurs de fonds et autorités nationales se passent sous l'oeil -éventuellement sous la pression- des groupes sociaux concernés et de leurs alliés ou agents. Au moment où se négociait le programme de la Banque Mondiale pour le Mali, l'affairisme régnait à Bamako tout en feignant de se préoccuper de la santé de "nos braves paysans" ou de vouloir mettre en place l'Initiative de Bamako. Notre analyse montre que la Banque a abondé dans le sens de ce courant populiste, en forçant le cours de la libéralisation, en faisant admettre l'idée de centres de santé communautaires pour les villageois, en faisant croire qu'une amélioration de l'approvisionnement pharmaceutique était possible.

Nous avons montré que cette politique correspondait largement aux vues des professions de santé ; que la proposition relative aux centres de santé communautaires est à la fois absurde (parce que les formations qui doivent servir de référence ne fonctionnent pas dans des conditions admissibles) et irréalisable ; que la politique pharmaceutique proposée est mensongère, en ce sens qu'on sait d'avance qu'elle n'atteindra pas les objectifs qu'elle prétend viser. Du point de vue de la Banque, ces propositions traduisaient bien sa confiance aveugle dans les vertus de la privatisation et son souci purement tactique d'attirer un peu l'attention sur le secteur de la santé (et éventuellement sur tel ou tel autre secteur social) pour la détourner des secteurs où l'ajustement est nécessairement dramatique. A l'intérieur du secteur de la santé, et que les experts nationaux aient souhaité ou subi importe peu, ces propositions consistaient à détourner l'attention des problèmes essentiels, qui sont liés à la détérioration insoutenable de la qualité des prestations offertes par les formations sanitaires tenues par les agents de l'Etat, et par la prédominance absolue des intérêts du personnel dans toute les décisions concernant la santé publique.

Les experts de la Banque le savent si bien qu'ils n'ont pas oublié ce groupe de pression. Ce que leur programme prévoit de distribuer en suppléments de salaires, sous des dénominations variées, c'est-à-dire les rubriques formation (pour l'essentiel) et planning familial, soit environ 500 millions annuellement, peut être comparé à la masse des salaires versés par le Ministère de la santé (environ 3 milliards annuellement) : les activités organisées par le projet de la Banque mondiale permettront donc de distribuer des suppléments de salaires de plus de 15 % de la masse des salaires ; compte-tenu du fait que le projet ne concerne qu'un tiers des cercles pour les activités de santé (en principe tous les cercles pour les activités de planning familial, et quelques cercles seulement en ce qui concerne la composante hydraulique), ces suppléments seront concentrés sur une proportion comprise entre le tiers et la moitié des agents de la santé, pour qui ils seront alors extrêmement appréciables (supplément de 30 à 45 % de la rémunération versée par l'Etat). Le projet de la Banque prendra donc la suite, pour les agents de la santé publique, du programme élargi de vaccination, puis du programme de santé maternelle et infantile, qui, ces dernières années, ont fourni aux professionnels de santé les suppléments de salaires qu'ils attendent de l'aide extérieure, sous peine désormais de se sentir "frustrés" (cf. [50], p. 21).

Mais privatiser à tout va, mentir et tenter de se gagner les faveurs d'une partie de la fonction publique ne constitue pas une politique de santé. Le cas est-il différent en Côte d'Ivoire ? Là aussi, on trouve cet intérêt tactique pour les ressources humaines, ou pour un médicament essentiel distribué au compte-gouttes, cette confiance si totale dans les vertus de la privatisation qu'on ne se préoccupe même pas d'en évaluer l'efficacité au regard des objectifs que pourrait viser une politique de santé publique,

ni dans le domaine de l'approvisionnement pharmaceutique, ni dans celui des soins (ambulatoires ou hospitaliers), malgré le nombre des problèmes ressentis par les malades (sur les inégalités dans le recours aux soins, cf. [45]).

Ainsi, comme on l'a vu, le programme de la Banque consiste, en Côte d'Ivoire, à financer la réhabilitation des infrastructures et quelques extensions périphériques pour environ 43 milliards FCFA, à financer le secteur de la consultation par des contrats d'études qui se monteront au total à environ 1 milliard, et à développer un peu l'approvisionnement en médicaments essentiels en augmentant les fonds de roulement de 2,5 milliards (cf. [47], annexe 1). Comme on introduira partout où ce sera possible le recouvrement des coûts, on prévoit ici aussi d'intéresser le personnel en prélevant les sommes nécessaires sur les recettes provenant des malades (le coût de cet intéressement doit croître d'environ 500 millions FCFA dans les années 1992 et 1993 à environ 900 millions à la fin de la décennie, chiffres finalement modestes par rapport au niveau des rémunérations versées par l'Etat). L'essentiel semble être, en fait, de mettre un peu d'ordre dans le secteur public en s'inspirant du dernier cri en matière de méthodes : celles qui ont été mises au point au Pentagone lorsque M. McNamara y régnait !

Mais alors, à quoi servent les programmes d'ajustement structurel dans le secteur de la santé ? Ne faut-il pas se rendre à l'évidence que ces programmes sectoriels ne sont que des prétextes ? Ils alimentent une grande machine à discourir, mais les stratèges le reconnaissent ouvertement : pendant la période 1991-1993, le Mali aura besoin d'environ 373 milliards FCFA en dons et prêts (cf. [51] par. 41) et les projets et programmes ne sont qu'un moyen de justifier les prêts et dons qui boucheront ce trou (cf. [52] par. 27). En Côte d'Ivoire, la situation n'est différente que pour une raison particulière : depuis qu'on reproche à l'Etat de ne pas tenir ses engagements, et à la France de retarder la dévaluation du FCFA par son soutien à ce pays, plus personne ne se préoccupe de préparer des projets sectoriels, comme s'il s'agissait de ne pas remplacer le flacon de la perfusion.

Là est le vice de l'ajustement structurel, là est son danger mortel pour les victimes, si, comme on vient de le voir, elles ne jouent son jeu que pour fuir en avant, sans se soucier de bâtir quelque politique sectorielle que ce soit.

Références :

- [1] Rapport sur le développement dans le monde 1988, Banque Mondiale, Washington, D.C., 1988
- [2] Irving B. KRAVIS : Comparative Studies of National Incomes and Prices, *Journal of Economic Literature*, vol. XXII (march 1984), pp. 1-39
- [3] R. SUMMERS, A. HESTON : A New Set of International Comparisons of Real Product and Price Levels Estimates for 130 Countries, 1950-1985, *The Review of Income and Wealth*, 34, 1, 1-25 (march 1988). NB : les tableaux figurent sur trois disquettes accompagnant cette livraison de la revue.
- [4] World Tables 1987, The World Bank, 1987
- [5] I.B. BA : Sustained Growth and Development with Equity in Sub-Saharan Africa, The Case of Mali, pp. 26-43 in : *The Long-Term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, vol. 1 : Country Perspectives, The World Bank, 1990
- [6] P. HARRISON : Sustainable Growth in African Agriculture, pp. 48-73 in : *The Long-Term Perspective Study of Sub-Saharan Africa*, vol. 2 : Economic and Sectoral Policy Issues, The World Bank, 1990
- [7] World Tables 1991, The World Bank, 1991
- [8] Rapport sur le développement dans le monde 1986, Banque Mondiale, Washington, D.C., 1986
- [9] Rapport sur le développement dans le monde 1987, Banque Mondiale, Washington, D.C., 1987
- [10] Mali : Gestion des ressources publiques, Banque Mondiale, document provisoire, 15 octobre 1986, 57 p. + annexes
- [11] Dette publique et développement, in : Ministère des finances et du Commerce-Ministère du Plan : Séminaire national Dette publique, Synthèse des travaux, 1991, pagination multiple
- [12] L'Afrique subsaharienne, de la crise à une croissance durable, étude de prospective à long terme, Banque Mondiale, Washington, 1989, 346 p.
- [13] J. BRUNET-JAILLY : Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali, INRSP, Bamako, janvier 1989, 186 p.

- [14] J. BRUNET-JAILLY, S.O. COULIBALY, K. DIARRA, A. KOITA : Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali, document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989, 121 p. + annexes
- [15] J. BRUNET-JAILLY, T. DIARRA, G. SOULA : Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte-rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987, INRSP, Bamako, janvier 1988, 99 p.
- [16] T. DIARRA, B.D. DIAKITE, S. TRAORE, C. PAIRAULT : Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier "spontané" de Bankoni à Bamako, volume 1, Etude socio-économique, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.
- [17] J. BRUNET-JAILLY : La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture, compte-rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la MUTEC, INRSP, Bamako, décembre 1988, 41 p.
- [18] J. BRUNET-JAILLY : Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost Reduction ? Working Paper WPS692, World Bank, may 1991, 41 p.
- [19] J. BRUNET-JAILLY, A. ROUGEMONT, G. ELLENA : Evaluation du système malien de formation médicale : son adaptation aux objectifs du système de santé, Centre d'Economie de la santé, Aix-en-Provence, 1985, 434 p.
- [20] Annuaire statistique du Mali 1974, Ministère du plan et des transports - Direction nationale de la statistique et de l'informatique, mars 1981, 225 p.
- [21] D. COULIBALI : La tuberculose pulmonaire au Mali, analyse du système de surveillance des nouveaux cas et chimiorésistance, INRSP, septembre 1991, 26 p.
- [22] M. KASSAMBARA : Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain, thèse de médecine, Bamako, 1990, 179 p. + annexes
- [23] Ministère de la santé publique et de la protection sociale, Direction nationale de la planification et de la formation sanitaire et sociale : Projet de consolidation de l'Office malien de pharmacie dans le cadre du système pharmaceutique national, juin 1982, 22 p.
- [24] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Annuaire statistique 1982, septembre 1986
- [25] Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Planification sanitaire de la régions de Mopti 1988-1992, tome I, juin 1988, 140 p.
- [26] Kafing DIARRA, Seydou O. COULIBALY : Le financement des coûts récurrents du secteur de la santé au Mali, manuscrit, INRSP, Bamako, janvier 1989, 21 p. + annexes
- [27] Document rédigé par l'agent comptable de l'INRSP en date du 15 juillet 1987, 3 pages + 4 tableaux
- [28] J. BRUNET-JAILLY : La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako, INRSP-UNICEF, Bamako, juin 1990, 138 p.
- [29] Seydou Mohamed SOW : Contribution de l'informatique dans la gestion de laboratoire d'analyses médicales en milieu hospitalier (appliquée au laboratoire de l'hôpital du Point "G"), thèse pharmacie, ENMP, Bamako, 1988
- [30] Philippe FARGUES, Ouafidou NASSOUR : Douze ans de mortalité urbaine au Sahel, Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako, 1974-1985, INED-Institut du Sahel, PUF, 1988
- [31] Baba TRAORE, Mamadou KONATE, Cynthia STANTON : Enquête démographique et de santé au Mali 1987, Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel, et Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development, Westinghouse, janvier 1989, 187 p.
- [32] S. SUNDBERG : Aperçu de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle au Mali, rapport présenté au bureau chargé du développement agricole de l'USAID/Mali, mars 1988, 47 p. + annexes
- [33] R.C. HOGAN et alii : Sahel Nutrition Surveys, 1974 and 1975, Disasters, 1, 2, 117-124 (1977)
- [34] E. BENEFICE, S. CHEVASSUS-AGNES : Situation nutritionnelle d'une population vivant dans la zone du programme régional de lutte contre l'onchocercose au Mali, enquête réalisée du 24 juillet au 23 août 1979, ORANA, Dakar, 1981
- [35] J. MONDOT-BERNARD : Satisfaction of Food Requirements and Agricultural Development in Mali, vol. 1 : Results of Food Consumption Surveys ; vol. 2 : Results of Medical and Nutritional Surveys (with L. MONJOUR and M. KARAM), Paris, OCDE, 1980
- [36] B. KEITA : Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au Mali, Thèse de médecine, ENMP, Bamako, 1988

- [37] Rapport sur l'Etat de la Nation et de la République, présenté par le Gouvernement à la Conférence Nationale, juillet 1991, 96 p.
- [38] Report and Recommendation of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a Proposed Development Credit of SDR 29.4 Millions to the Republic of Mali for a Public Enterprise Sector Adjustment Program, Report Number P-4734-MLI, June 7, 1988, 56 p.
- [39] IDA : Mission de supervision du 10 au 28 novembre 1991, annexe 3 : Mission de supervision des composantes fonction publique et code du travail, 6 p. + annexes
- [40] J. BRUNET-JAILLY : L'ajustement structurel et le secteur de la santé au Mali, Communication présentée à la "Conférence internationale sur l'ajustement macro-économique et la santé dans les pays les plus démunis", Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 24-26 juin 1992, 34 p. (à paraître)
- [41] Banque Mondiale : Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale, Rapport No. 8683-MLI, 22 février 1991, 204 p.
- [42] World Tables 1991, Published for the World Bank, The Johns Hopkins Press, 1991, 655 p.
- [43] J.M. COUR : L'économie de la Côte d'Ivoire dans une perspective villes-campagnes, manuscrit, 22 p., juin 1990
- [44] Rapport sans titre ni date, dit rapport Guimier, probablement pour la Banque Mondiale, 56 p. + annexes
- [45] R. KANBUR : Poverty and the Social Dimension of Structural Adjustment in Côte d'Ivoire, Social Dimension of Adjustment in Sub-Saharan Africa, SDA Working Papers Series, The World Bank, 1990
- [46] Projet Santé Abidjan, République Française, Ministère de la Coopération et du Développement, République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de la protection sociale, sans date, 163 p.
- [47] Programme de valorisation des ressources humaines, Planification-Programmation-Budgétisation dans le secteur de la santé, République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de la protection sociale, octobre 1991, 65 p. + annexes
- [48] Annales de la santé 1989, Ministère de la santé et de la population, Direction de la planification et de la statistique sanitaires, sans date, 187 p.
- [49] S. TINTA : Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali, volume 2 : Etude sociologique, INRSP, Bamako, mars 1992, 78 p. + annexes
- [50] Mali : Facilité d'ajustement structurel renforcée, Document-cadre de politique économique et financière à moyen terme (1991- 1993), établi par les autorités du Mali en collaboration avec les services du Fonds monétaire international et de la Banque Mondiale, 4 mars 1991, 42 p. + annexes
- [51] Mali : Document-cadre de politique économique et financière à moyen terme (1992-1994) du Mali, établi par le gouvernement du Mali en collaboration avec les services du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale, le 11 février 1992, 36 p.

ANNEXES :

%	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
BGF Etat	376	421	435	429	418	433	481	493
BGF Santé	28,90	31,60	32,90	30,70	29,10	31,40	33,70	36,20
% Santé BGF	7,69	7,51	7,56	7,16	6,96	7,25	7,01	7,34
BSIE Etat	271	301	240,60	242	88			143,60
BSIE Santé	9,30	9,90	8,70	8	7,40	9,50	13,70	10,20
% Santé BSIE	3,43	3,29	3,62	3,31	8,41			7,10

FBE : tableau servant de base au graphique

Année	Etat	Santé	Pourcentage
68	23544	2003	8,51
69	24155	2122	8,78
70	23703	2130	8,99
71	24078	2105	8,74
72	25760	2288	8,88
73	28134	2464	8,76
74	31823	2658	8,35
75	38129	2999	7,87
76	50199	3759	7,49
77	56387	3842	6,81
78	64535	3902	6,05
79	76584	5186	6,77
80	83696	4751	5,68
81	42589	2659	6,24
82	44400	2720	6,13
83	48155	2874	5,97
84	50308	2835	5,64
85	64189	3149	4,91
86	69180	3094	4,47
87	78649	3181	4,04

	Médecins	Paramédicaux	Année
CHU			
Cocody	236	295	1986
Treichville	102	288	1988
Yopougon	60	277	1989
CHR			
Abengourou	9	32	1988
Bouake	33	115	1987
Daloa	11	65	1988
Divo	7	41	1987
Korhogo	24	82	1988
Man	7	38	1988
Yamoussoukro	14	44	1987
H1			
Aboisso	5	18	1988
Agboville	7	32	1988
Taabo	2	12	1988
San Pedro	7	26	1988
Sassandra	2	9	1988
Guiglo	4	19	1988
Touba	3	13	1988
Seguela	3	13	1988
Bouaflé	4	27	1988
Gagnoa	7	29	1988
Katiola	4	24	1989
Bondoukou	5	23	1988
H2			
Adzope	4	19	1988
Alepe	2	9	1988
Afféry-Akoupé	1	13	1988
Anyama	2	21	1988
Bingerville	2	22	1988
Bondoua	2	16	1988
Tiassale	13	8	1988
Fresco	1	7	1988
Soubre	2	19	1988
Duckoue	4	18	1988
Kouibly	1	10	1988
Mankono	1	11	1988

	Médecins	Paramédicaux	Année
H2			
Toulepleu	4	14	1988
Issia	4	23	1988
Oume	1	16	1988
Saioua	0	8	1988
Sinfra	2	18	1988
Vavoua	1	14	1988
Zuenoula	6	12	1988
Tengrela	2	14	1988
M'bahiakro	2	10	1989
Niakaramandougou	1	8	1989
Sakassou	1	9	1989
Tafire	1	7	1989
Tiebissou	2	13	1988
Arrah	1	8	1988
Bongouanou	2	16	1988
Daoukro	1	16	1988
Kossou	1	4	1988
Agnibilikrou	1	11	1988
Kouassi-Datekro	1	4	1988
SSR			
Abengourou	2	36	
Abidjan	6	93	
Bondoukou	2	70	
Bouaflé	2	40	
Bouake	2	65	
Boundiali	2	50	
Dabakala	2	33	
Danane	2	52	
Ferkessedougou	2	32	
Issia	1	9	
SanPedro	2	25	
Sassandra	3	34	
Tiassale	3	33	
Touba	2	19	
Yamoussoukro	3	48	
Total	661	2559	

GIDIS-CI

*Groupement Interdisciplinaire
en Sciences Sociales Côte d'Ivoire*

ORSTOM

Petit-Bassam (Abidjan)

Actes de la Table Ronde

CRISES ET AJUSTEMENTS EN COTE-D'IVOIRE LES DIMENSIONS SOCIALES ET CULTURELLES

Bingerville (Côte d'Ivoire), 30 novembre, 1-2 décembre 1992



CENTRE ORSTOM DE PETIT - BASSAM